

.....  
(imię i nazwisko)

Konin, .....  
(data)

.....  
(rok i kierunek oraz tryb studiów: stacjonarne niestacjonarne)

### **Adres stałego zameldowania**

.....  
(województwo)

.....  
(kod pocztowy)

.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

**Uprzejmie proszę o objęcie mnie /i członków mojej rodziny/ ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

### **Oświadczam, że:**

- 1) nie podlegam ubezpieczeniom jako członek rodziny ubezpieczonego, opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
- 2) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej, objętej ubezpieczeniem społecznym,
- 3) nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- 4) nie pobieram świadczeń emerytalno- rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- 5) nie pobieram stypendium sportowego,
- 6) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- 7) nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- 8) nie jestem osobą bezrobotną,
- 9) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- 10) nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych art.66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

II. Oświadczam, że zgłaszani przez mnie następujący członkowie mojej rodziny nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. I), ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

III. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. 1, a tym samym powstania innego tytułu do mojego ubezpieczenia zdrowotnego lub zgłoszonych przez mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym w terminie do 7 dni od daty powstania tego tytułu, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

IV. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzach zgłoszeniowych do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię o tym Uczelnię w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....  
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

## UWAGA

Stosowne zaświadczenie potwierdzające opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne wystawia Dział Kwestury PWSZ.